



ג/א. י. > /
אס
נכבד,

מס' זהות	דרגת רישוי
001692-086	AB
מס' רישוי נהיגה	שנת לידה
0191843	1937
תאריך חידוש	
26.10.19	
הגבלות	

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד

חידוש רישוי נהיגה של מותנה בבצוע ביקורת רפואית, שתכלול מבדק כושר ראיית (אצל רופא עיניים מומחה או אצל אופטומטריסט מורשה) ומבדק רפואי כללי. מידע נוסף בלב הטופס. את הטופס המלא - עם בדיקת הראיה, בדיקת הרופא, תשובותי ותימתך - נא לשלוח לאגף הרישוי ת"ד 270, חולון 58102. סמן/י X בטורים כן או לא בהתאם לתשובה המתאימה. תוצאות הבדיקה הרפואית של כושר הראיה

עין	חדות ראייה 6/12 לפחות		עם משקפיים		שדה ראייה 120° לפחות		ראיה דו-עינית וכפל ראיה מס' עצמים מזהה	
	כן	לא	כן	לא	כן	לא	כן	לא
ימין	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
שמאל	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
יחד	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ימולא ע"י רופא עיניים מומחה או אופטומטריסט מורשה. זיהיתי את המבחן וידאתי את התוצאות. ללא משקפיים הבדיקה נעשתה באמצעות מכשיר בדיקה המאשר את המבחן. תאריך: 24/10/19 חתמת ותחתית המבחן: כן אגף י"ג

רופא נכבד, בהתאם להוראות תקנות התעבורה מבקש רישוי נהיגה יבדק בבדיקה רפואית אשר תכלול בדיקת מצבו הגופני והנפשי, ונתונים נוספים המשפיעים לדעתך על כשירותי נהיגה. הבדיקה תיערך ע"י רופא או מבקש, אשר יפרט את ממצאיו בטופס שקבעה רשות הרישוי ולפי הפרטים שבטופס. אי לכך, נבקש לבדוק את מבקש הרישוי מציויים בטופס הבדיקה ולמלא את הטופס על פרטיו. אנא הסבר לנבדק את חלק ב' של הטופס וודא שימלא אותו ויחתום עליו.

בדיקות לבעל רישוי נהיגה מסוג פרטי/דו-גלגלי (דרגות A1, A2, B) /טרקטור.

כן	לא	הצהרת מבקש/ת הבדיקה (ימולא ע"י המבקש/ת)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. האם הנך סובלת/מסחרחורות או חוסר שיווי משקל?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. האם עברת אירוע של איבוד הכרה ב-5 השנים האחרונות? אם כן, מתי?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. האם את/ה סובלת/מאפילפסיה (מחלת הכיפיון)? אם כן, מתי היה ההתקף האחרון? האם את/ה מקבלת/תקבלת טרופות? אם כן פרט
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. האם עברת אי פעם אירוע מוחי (שבץ מוחי)? אם כן, מתי?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. האם יש לך הגבלה בתנועה ביד או ברגל בגלל ירידה בתחושה, חולשה, שיתוק או קטיעה?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. האם את/ה סובלת/מסוכרת? סוג הטיפול שהנך מקבלת/לאיזון הסוכרת: האם עברת התקפים של ירידה חדה ברמת הסוכר בדם (היפוגליקמיה)?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. האם את/ה סובלת/מבעיות נפשיות? אם כן, האם טופלת/מטופלת בניים?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. האם הינך מקבלת/תקבלת טרופות? אם כן, פרט
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. האם הינך סובלת/ממחלת לב? אם כן, פרט: 125
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. האם נבדקת אי פעם במכון הרפואי לבטיחות דרכים? אם כן, מתי?
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. הערות:

אני החתום מטה מצהיר/ה שכל תשובותי בטופס זה, תואמות את האמת וידוע לי כי אהיה צמוד/ה לעונשים הקבועים בחוק, על כל רישום כוזב שעורתי בטופס זה. אני מצהיר/ה ומתחייב/ת למסור לרופא המוסמך מטעם רשות הרישוי, ידיעות מלאות ונכונות על מחלותי ולקויי הבריאותיים. אני מוותר/ת על הסודיות בנוגע למחלותי, לגבי המוסדות הרפואיים הבודקים אותי והנני מבקש/ת בזאת מכל מוסד רפואי למסור כל מידע בקשר למחלותי, מצבי הרפואי וכל מידע אחר שידרש לרופא המוסמך או לכל מחוקק.

טופס ללא חתימה, לא יטופל. תאריך: 29/10/19 חתמת מבקש/ת הבדיקה: 29/10/19

אישור הרופא: אני מצהיר כי הנ"ל חתם על הצהרתו וזיהיתי את המבקש על פי תעודה מזהה.

אני מטפל דרך קבע במבקש, זה שלוש שנים לפחות, בקופ"ח.

אני מטפל במבקש שהוא עולה חדש שטרם חלפו שלוש שנים מיום עלייתו, בקופ"ח.

עניתי בתיקון הרפואי המלא, ששקדמתי לבדיקה.

שם הרופא: תאריך: 29/10/19 חתמת מבקש/ת הבדיקה: 29/10/19

לשימוש המשרד
המלצת רופא הרישוי: ☐ כשיר לנהיגה ☐ נשלח למכון הרפואי לבטיחות בדרכים

חתימה וחותמת

שם הרופא

תאריך

רצוי לשמור בידך צילום של הטופס, לצורך בירור. נא לשלוח את הטופס המלא בהקדם ל- אגף הרישוי ת"ד 270 חולון 58102.

יש למלא את הטופס בעט שחור בלבד